N° 224.

ESSAI

SUR

LA DYSTOCIE ESSENTIELLE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 13 août 1830, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-CAMILLE BADAROUS, de Saint-Germain,

Département de la Lozère;

Prosecteur de M. Colombe dans ses cours d'accouchemens, etc.

Periculum in morâ.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Suppléant.*
Hygiène	ANDRAL.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Président.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Examinateur.*
Dance.	Trousseau, *Examinateur.*
Devergie, *Suppléant.*	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798; l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

Amour et reconnaissance.

A MES FRÈRES,

LUCIEN ET FORTUNE.

A MA SŒUR.

Amitié sincère.

J.-C. BADAROUS.

DE MA MÈRE.

A MON PÈRE.

ESSAI

SUR

LA DYSTOCIE ESSENTIELLE.

Les différens auteurs qui se sont occupés de l'art des accouchemens ont donné tour à tour, de cette intéressante fonction, des définitions plus ou moins exactes qu'il serait fastidieux de rapporter. Qu'il me suffise de dire que j'entends par *accouchement* la sortie naturelle ou artificielle de l'œuf humain hors des organes dans lesquels il s'est développé.

Baudelocque avait adopté une classification qui, seule, jouit pendant long-temps du privilége d'être exclusivement professée dans presque toutes les écoles. Cet auteur admettait, 1°. un accouchement naturel, qui se termine par les seules forces de la mère; 2° un accouchement contre-nature, qui exige l'emploi de la main; 3°. un accouchement laborieux, qui exige l'emploi des instrumens. M. le professeur *Dubois*, mesdames *Boivin* et *Lachapelle* ont adopté cette classification.

Pour moi, à l'exemple de la plupart des modernes, je ne reconnais que deux espèces d'accouchement : 1°. celui qui se termine par les seules forces de la nature, *eutocie* (εὐ, *bien, heureusement;* τοκος, *accouchement*); 2°. celui qui exige les secours de l'art; *dystocie* (δὺς, particule qui marque difficulté, malheur; τοκος, *accouchement.*)

Par le mot *dystocie*, je veux donc désigner l'ensemble des cas qui nécessitent les secours de la main, seule ou armée d'instrumens; ainsi se trouvent comprises, sous cette simple dénomination, les deux dernières classes de *Baudelocque* et de ses imitateurs.

La dystocie est *accidentelle* ou *essentielle*.

Dystocie accidentelle.

La dystocie est dite *accidentelle*, toute les fois que l'intervention de l'art devient nécessaire, non parce qu'il existe un obstacle physique à l'accouchement, occasioné par un défaut de rapport entre les dimensions du bassin et celles des parties que l'enfant présente; mais bien parce que le travail se complique d'accidens qui pourraient se terminer d'une manière plus ou moins fâcheuse, si on abandonnait la nature à elle-même.

Tels sont principalement les hémorrhagies, la syncope, les convulsions; l'existence d'une hernie, d'un anévrysme, de l'asthme; l'inertie et l'obliquité très-prononcée de la matrice, l'insertion du placenta sur l'orifice utérin, l'issue prématurée du cordon ombilical, son excès ou son défaut de longueur; l'issue du méconium, certaines difformités de la taille, etc.

Parmi ces causes principales de dystocie accidentelle, il en est qui peuvent devenir la source d'indications pressantes, et qui méritent, sous ce rapport, une grande attention. Je regrette que les limites de ce travail et le plan que je me suis tracé ne me permettent point de les examiner successivement, suivant l'ordre de leur importance. Toutefois je vais m'occuper un instant de l'insertion du placenta sur l'orifice de l'utérus; j'indiquerai ensuite ce que l'art doit faire en pareil cas.

Lorsque le placenta s'insère sur le col de la matrice, il donne presque constamment lieu, pendant une certaine période de la gestation, à des accidens dont je ne veux pas parler ici, parce que, dans le

cours de ma dissertation, je suppose toujours que la grossesse est arrivée à son terme.

Alors l'accoucheur se conduira de la manière suivante : dès qu'il jugera les parties de la génération convenablement disposées, il y introduira, d'après les règles de l'art, une main qui devra se glisser légèrement entre le placenta et la matrice, pour détruire les adhérences de ces deux organes sans s'exposer à les déchirer; la main, arrivée jusqu'aux membranes, doit percer celles-ci, passer à travers cette ouverture ainsi pratiquée, pour aller saisir les pieds et opérer l'extraction de l'enfant. Les mouvemens de la main dans la cavité utérine présenteront d'autant moins de difficultés que les eaux ne s'étant point écoulées au dehors, la matrice ne sera pas immédiatement appliquée sur le corps du fœtus.

Un accoucheur distingué a donné le précepte, dans le cas qui m'occupe, de traverser directement la substance même du placenta; mais les difficultés de l'opération, et surtout l'hémorrhagie, qui doit avoir inévitablement lieu, quand on déchire ainsi les ramifications de la veine et des artères ombilicales, m'auraient porté à rejeter un tel procédé comme extrêmement dangereux, quand bien même j'aurais ignoré le résultat déplorable qu'en a obtenu son auteur, pour une fois qu'il l'a mis en usage.

Certains déplacemens de l'utérus, tels que l'antéversion et la rétroversion, portées au point de produire l'enclavement, exigent des opérations spéciales très-importantes; mais comme dans ces cas la gestation n'arrive pas à son terme, je ne crois pas devoir en parler davantage.

Je me bornerai également à signaler le prolapsus extérieur de la matrice, qui est fort rare, et ne présente d'ailleurs aucune indication sur laquelle les praticiens ne soient généralement d'accord

J'arrive présentement à l'objet principal de ma thèse.

Dystocie essentielle.

Elle comprend tous les cas dans lesquels l'accouchement naturel est physiquement impossible, soit à cause de la disproportion existant entre les dimensions du bassin et les dimensions des parties que l'enfant présente, ou à cause d'autres circonstances que j'aurai soin de signaler chacune en son lieu.

Tels sont, du côté de la mère, les vices de conformation du bassin, ceux des organes génitaux et leurs maladies; la rupture de la matrice, la présence d'un calcul dans la vessie, l'existence de certaines tumeurs, etc. Du côté de l'enfant, les présentations du tronc, certaines maladies, quelques monstruosités.

Le bassin de l'homme diffère beaucoup de celui de la femme; le bassin des animaux en diffère bien plus encore. Si les anciens avaient été un peu plus versés dans l'anatomie comparée, l'étonnement qu'ils éprouvaient en voyant la brute accoucher plus facilement que la femme aurait bientôt cessé.

Avant d'aborder les vices de conformation, il paraîtrait assez convenable de décrire d'abord le bassin dans l'état normal; mais les dimensions, la figure, les axes du bassin bien conformé sont tellement connus, que je n'ai pas cru devoir surcharger mon travail d'une description inutile pour tout le monde; seulement je ferai remarquer que l'on s'exposerait à de funestes erreurs si l'on regardait comme viciés tous les bassins dont les diamètres, la forme et les axes ne présentent point mathématiquement les rapports qu'on trouve décrits partout comme types d'une bonne conformation; car un bien petit nombre est réellement dans ce cas. Pour qu'un bassin puisse être considéré comme tel, il faut que ses dimensions s'éloignent assez de l'état normal pour rendre l'accouchement naturel impossible, ou au moins très-difficile.

Tous les vices du bassin sont relatifs à un excès d'amplitude ou à un excès d'étroitesse. Il semble, au premier coup-d'œil, qu'une grande amplitude doit être bien plutôt avantageuse que défavorable; en effet,

il est incontestable qu'elle ne rende le passage de l'enfant plus facile : mais, pendant le travail, la matrice n'étant qu'imparfaitement soutenue par le détroit supérieur, peut descendre jusqu'à la vulve et même au-delà, surtout si le col est très-résistant ou fortement incliné en arrière.

J'ai entendu rapporter qu'on avait vu la matrice elle-même sortir en totalité du bassin pendant une violente contraction. Si ce fait est vrai, il doit être bien rare, aussi n'admets-je son existence qu'avec un extrême scepticisme.

En outre, un accouchement trop prompt, en ne laissant pas à la matrice le temps de revenir graduellement sur elle-même, donne fréquemment lieu à des hémorrhagies.

Les vices par étroitesse sont bien plus fréquens et plus redoutables encore.

Je signalerai en première ligne le retrécissement du diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, comme le plus ordinaire. Les degrés de viciation qu'il présente, sont extrêmement variables.

J'ai vu des bassins dans lesquels ce diamètre ne présentait que trois pouces d'étendue, d'autres dans lesquels il était réduit à deux pouces et demi et au-dessous. Dans la collection de la Faculté de médecine de Paris, j'ai remarqué un bassin dont le diamètre, qui nous occupe, a un pouce tout au plus. On l'a vu plus retréci encore.

L'excavation pelvienne peut être viciée par une disposition anormale du sacrum, dont la face antérieure est plane ; dans d'autres circonstances, au contraire, cet os offre en avant une concavité excessive. J'ai vu des exemples de ces divers cas.

D'autres fois l'excavation est viciée par des tumeurs osseuses ou de toute autre nature; mais cette espèce de viciation n'est point fréquente. *Desormeaux* dit qu'il existe dans la collection de la Faculté un bassin dont l'intérieur est entièrement hérissé d'exostoses : malgré mes recherches, je n'ai pu l'y apercevoir.

Des vices de conformation assez notables pour s'opposer à l'accouchement se rencontrent rarement au détroit périnéal ; cependant j'ai

vu un cas de cette nature extrêmement remarquable sur le bassin d'une femme morte à l'âge de quatre-vingts ans. Il n'existe aucun intervalle entre les branches descendante du pubis et ascendante de l'ischion d'un côté, et celles du côté opposé, qui se trouvent ainsi accolées; les deux grosses tubérosités sciatiques se touchent immédiatement; le diamètre coccy-pubien n'a qu'un pouce d'étendue.

Tout récemment, j'ai eu l'occasion de mesurer, sur le cadavre, le bassin de la demoiselle S....., morte à la Maternité de Paris, le 21 juin 1830, quatre jours après avoir subi l'opération césarienne abdominale. Ce bassin, extrêmement difforme, aurait pu tout au plus livrer passage à un fœtus de cinq mois. L'opération sous ce rapport est parfaitement justifiée. La hauteur totale du corps est de trente-six pouces; plusieurs courbures latérales existent sur le trajet de la colonne vertébrale; les fémurs présentent une convexité antérieure très-prononcée, et une concavité postérieure également remarquable.

Je m'abstiens à dessin de consigner ici beaucoup d'autres circonstances qui me sont connues, relativement à ce fait. Mon ami, M. *Duplay*, interne à la Maternité, et qui était présent à l'opération, se propose d'en publier tous les détails.

On a remarqué avec raison que les différentes parties du bassin sont tellement liées ensemble que le vice de conformation d'une seule entraîne presque constamment celui de toutes les autres. Je dois ajouter que lorsque le bassin est vicié anatomiquement, sa figure et ses axes sont aussi viciés, circonstance fâcheuse qui vient encore ajouter à la gravité du vice de conformation.

Quelquefois le bassin n'est vicié que dans une de ses moitiés latérales. Cette disposition est d'une très-haute importance à signaler pour le praticien.

Mais comment reconnaître sur le vivant ces viciations? Bien convaincus que l'examen des formes extérieures du bassin, à l'aide des sens seulement, ne conduisait qu'à des résultats fort incertains, les accoucheurs ont imaginé divers instrumens pour suppléer à cette imperfection; tous ont été faits presque exclusivement dans le but de mesurer

l'étendue du diamètre sacro-pubien du détroit abdominal. Ils ont reçu le nom de *pelvimètres.*

Le pelvimètre de *Coutouli*, à peu près semblable à l'instrument dont se servent les cordonniers pour prendre la mesure du pied, offre beaucoup de désavantages. Son application dans les organes génitaux est souvent très-difficile, douloureuse, même chez les femmes depuis long-temps déflorées, et toujours impraticable chez les vierges. Je n'en dirai pas d'avantage d'un instrument qui est justement abandonné.

Celui de *Baudelocque*, plus généralement désigné sous le nom de *compas d'épaisseur*, doit être préféré au précédent, principalement à cause de son mode d'application, qui permet d'en faire usage chez les vierges comme chez les femmes déflorées. Le plus ordinairement on ne l'emploie que pour mesurer l'étendue du diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur. Pour cela on applique le bouton de l'une des branches sur la partie antérieure de la symphise des pubis, l'autre un peu au-dessous de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre lombaire. L'espace compris entre les deux boutons ainsi écartés se trouve exactement mesuré sur une échelle graduée, adaptée à l'instrument. De la longueur totale on retranche trois pouces; savoir deux pouces et demi pour l'épaisseur du sacrum, six lignes pour celle des pubis : la longueur restante donne à peu près l'étendue du diamètre que l'on cherche à connaître.

Depuis peu, madame *Boivin* a fait construire un nouveau pelvimètre qui me paraît devoir être préféré à tous les autres. Pour en donner une idée exacte, il suffit de dire qu'il est disposé de telle manière qu'il peut alternativement, au gré de l'accoucheur, remplacer le pelvimètre de *Baudeloque* et celui de *Coutouli*. Seulement, quand on veut l'appliquer à l'intérieur, une branche est introduite dans le rectum, l'autre dans le vagin.

Les résultats obtenus avec ces divers instrumens, pour ne pas être d'une exactitude mathématique, ne sont pas moins suffisans dans le plus grand nombre des cas. Mais s'il existe des tumeurs d'une nature

quelconque dans l'excavation pelvienne, je ne connais pas de pelvimètre qui puisse exactement en constater la présence, et bien moins encore leur forme, leur étendue. Sous ce rapport, tous ces instrumens exposent, dans quelques cas, rares à la vérité, à tomber dans des erreurs graves. Aussi, toutes les fois que son introduction dans le vagin n'est pas contr'indiquée, doit-on considérer le doigt d'un accoucheur exercé comme le pelvimètre par excellence.

Jusqu'à quel point faut-il qu'un bassin soit retréci, pour que les secours de l'art deviennent indispensables? C'est surtout au retrécissement du diamètre antéro-postérieur du détroit abdominal que doit s'appliquer ce que je vais dire, puisque c'est lui qui, dans la majorité des cas, oppose le plus d'obstacles à la terminaison naturelle de l'accouchement.

Déjà le passage de la tête commence à être difficile, lorsque ce diamètre n'a que trois pouces et demi. Les difficultés deviennent bien plus grandes encore quand il n'a que trois pouces ; très-souvent dans cette circonstance l'emploi du forceps est nécessaire, quelquefois insuffisant; c'est alors que la symphyséotomie pourrait véritablement offrir des avantages. Quand il est réduit à deux pouces et demi, on peut encore pratiquer cette opération, d'après les auteurs, mais au-dessous de ces dimensions, je ne pense pas qu'on doive s'attendre à obtenir beaucoup de succès.

Les principes que je viens d'émettre sont vrais en géneral, mais ils souffrent des exceptions : ainsi chez les femmes rachitiques, sur lesquelles, sans contredit, on observe le plus grand nombre des vices de conformation, on a remarqué que les enfans, participant en quelque sorte à l'espèce d'atrophie qui sévit sur les mères, présentent très-souvent des dimensions plus petites que celles des autres enfans appartenant à des femmes robustes et bien conformées : par conséquent chez une rachitique, à moins que le bassin ne fût par trop difforme, il ne faudrait pas tant se hâter de recourir aux moyens violens, et compter un peu plus sur la nature. M. *Colombe*, dans nos conversations particulières, m'a souvent rapporté des observations de ce

gènre, qui lui sont propres, et appuyent fortement ce que je viens d'énoncer.

Voyons maintenant quels sont les avantages et les inconvéniens de la symphyséotomie.

Quand on a divisé les ligamens qui unissent antérieurement les pubis, et que les cuisses, fléchies sur le bassin, se portent naturellement en dehors, même en n'obéissant qu'à leur propre poids, il se fait entre ces deux os un écartement de dix à douze lignes, d'où résulte, pour le diamètre autéro-postérieur du détroit abdominal un agrandissement de deux lignes environ. On peut, sans beaucoup de danger, porter plus loin l'écartement des pubis, à deux pouces et demi par exemple : alors le diamètre sacro-pubien du détroit supérieur est agrandi de cinq à six lignes seulement, d'après les nombreuses expériences d'*Alphonse Leroy* ; mais on ne peut aller au-delà de deux pouces et demi, sans s'exposer à déchirer le tissu cellulaire du bassin, les ligamens qui unissent le sacrum et les os coxaux, et causer, en un mot, des désordres tels, que la mort en serait presque toujours la conséquence inévitable.

Il est donc démontré que la plus grande étendue de laquelle on puisse augmenter ce diamètre, sans de graves inconvéniens, est de cinq à six lignes. Or, comme il est extrémement difficile de déterminer avec exactitude les dimensions relatives de la tête et du bassin, plusieurs auteurs, *Lauverjat* entre autres, ont tout à fait rejeté la symphyséomie.

Je suis loin, assurément, de contester le peu de certitude qu'offre souvent cette opération. Cependant, il est des cas dans lesquels elle devient nécessaire pour le salut de l'enfant : ainsi lorsque la tête d'un enfant vivant, après avoir franchi, avec beaucoup de difficulté, un détroit abdominal fort retréci, ne peut franchir le détroit perinéal par les efforts de la nature, ni par l'emploi du forceps, la symphyséotomie est évidemment indiquée.

En dernière analyse, je pense, règle générale, que l'opération de la symphyse doit être proscrite toutes les fois que le diamètre sacro-

pubien du détroit abdominal n'a pas au moins deux pouces et quelques lignes. Au-dessous de ces dimensions, il faut pratiquer la gastro-hystérotomie, ou bien agir sur la tête du fœtus, de manière à l'écraser ou à produire toute autre mutilation, si toutefois le bassin n'est pas vicié à un point extrême qui s'oppose à l'application des instrumens imaginés à cet effet, et s'il n'existe d'ailleurs aucune autre contr'indication.

L'opération césarienne, qui autrefois, en dépit d'une saine raison, n'était généralement employée qu'après la mort, a eu ses partisans comme ses détracteurs. *Mauriceau*, n'a jamais voulu la pratiquer que sur le cadavre, « sachant bien, dit-il, qu'elle est toujours mortelle « à la femme ». Ainsi la femme était abandonnée à une mort certaine ; aujourd'hui l'on pense et l'on agit différemment. *Baudelocque* rapporte que dans l'espace de cinquante années elle a réussi vingt-quatre fois sur soixante-dix ; on en trouve aussi deux observations incontestables dans l'ouvrage de *Lauverjat*. Je pourrais en citer d'autres non moins autenthiques si je pouvais croire qu'il y eut encore, de nos jours, un accoucheur qui proscrivît dans tous les cas cette opération.

En Angleterre, on l'a pratiquée quinze ou vingt fois : elle a été constamment mortelle, au rapport de sir *A. Cooper*. Mais ne peut-on pas attribuer quelques-uns de ces insuccès à ce que, en Angleterre, on ne se décide jamais à pratiquer cette opération que lorsque tout est désespéré ? N'est-il pas permis de penser qu'elle aurait compté quelque succès, si elle eût été pratiquée plus tôt ? Il est vrai de dire également qu'à la Maternité de Paris, elle a bien rarement réussi, malgré l'habileté et le talent bien reconnus des opérateurs ; dans d'autres circonstances elle paraît avoir eu des succès, pratiquée même par des personnes entièrement étrangères à la médecine. Mais il est permis de trouver pour le moins extraordinaires la plupart des observations de ce genre qu'on trouve citées dans quelques auteurs, telle est la suivante : le docteur *Morthon*, médecin dans la Jamaïque, rapporte qu'une négresse, poussée jusqu'au désespoir par la violence

de ses douleurs, se fit elle-même l'opération césarienne avec un couteau de boucher, obtus et épointé. Un nègre accoucheur réduisit les intestins, fit des points de suture à la plaie, sans songer à l'extraction du placenta. *Morthon*, mandé trois heures après l'opération, trouva cette négresse dans une faiblesse extrême, couchée sur un paillasson. Il coupa les points de suture, délivra la femme, nettoya les intestins, qui étaient mal propres, et pratiqua de nouveaux points de suture.

La femme guérit parfaitement, et accoucha depuis d'un enfant vivant.

Pour pratiquer l'opération césarienne, le procédé suivant me paraît en général le plus convenable : après avoir préalablement vidé le rectum et la vessie, on fait au niveau de la ligne blanche, avec un bistouri convexe, une incision de cinq à six pouces d'étendue commençant aux environs de l'ombilic et se terminant à un pouce et demi ou deux pouces au plus au-dessus du pubis. On divise ensuite avec beaucoup de précaution la ligne blanche dans une certaine étendue ; on fait au péritoine une petite ouverture à travers laquelle on introduit l'extrémité du doigt indicateur gauche, pour servir de conducteur à un bistouri boutonné avec lequel on achève l'incision, qui doit être égale en étendue à celle des tégumens, et ne pas la dépasser, sans quoi l'on s'exposerait à blesser la vessie. La matrice étant à découvert, on doit l'inciser lentement, couche par couche jusqu'à l'œuf. Un bistouri boutonné, guidé par le doigt indicateur, est introduit dans cette ouverture et achève l'incision. Si les membranes n'ont pas été atteintes par l'instrument, le chirurgien les ouvre ; si le placenta se présente, on doit le décoller vers un de ses bords, plutôt que de le traverser avec le bistouri ; on rompt ensuite les membranes ; on procède à l'extraction de l'enfant, en introduisant une main dans la matrice pour aller saisir les pieds. Si la tête se présentait à l'ouverture, on faciliterait sa sortie en passant légèrement sur l'utérus ou en passant l'extrémité des doigts sous les angles des mâchoires ; on opère la délivrance par la voie artificielle.

On rapproche ensuite les points des parois abdominales divisés, au

moyen de la suture enchevillée. Du linge troué enduit de cérat, des plumasseaux de charpie, des compresses et un bandage de corps doivent composer le pansement; ensuite on met en usage tous les moyens convenables pour prévenir le développement d'une inflammation trop souvent mortelle, tels sont la diète, les boissons adoucissantes, la saignée, etc.

Avant de terminer tout ce qui se rapporte à l'opération césarienne, je dois poser la question suivante : Si la poche des eaux existe, doit-on la rompre avant d'opérer, ou bien doit-on la conserver intacte. *Desormeaux* est de ce dernier avis; il pense que l'épanchement du liquide amniotique dans la cavité abdominale, s'il a lieu, ne détermine point des accidens aussi graves qu'on a bien voulu le dire. Je ne sais si tout le monde partagera cette opinion.

Depuis peu d'années, M. *Baudelocque*, neveu, a imaginé une sorte de forceps extrêmement puissant, destiné à écraser la tête du fœtus et à éviter ainsi quelquefois l'opération césarienne. Cet instrument, considéré uniquement sous le rapport de sa force, est bien propre à atteindre le but de son auteur; mais il est très-lourd; et, sous le rapport de son application, il me paraît assez difficile à manier et susceptible de déterminer des accidens; il a besoin de subir encore de grandes modifications avant que son usage devienne général; telle est du moins l'opinion que je me suis faite après avoir bien examiné cet intrument, que je n'ai pas vu employer; j'ignore même s'il l'a jamais été sur le vivant.

M. le professeur *Colombe* a fait fabriquer, en 1828, un forceps qui présente des avantages réels, sans offrir aucun inconvénient; ses dimensions et son mode d'application ne diffèrent en rien de ceux du forceps ordinaire. Quoiqu'il n'ait point une action aussi puissante que celui de M. *Baudelocque*, il n'en diminue pas moins le volume de la tête d'une manière très-notable. Des nombreuses expériences dans lesquelles je l'ai assisté, il résulte que le diamètre biparietal peut être diminué d'un pouce et même au-delà, ce qui, dans le plus grand nombre des cas, est plus que suffisant pour rendre pos-

sible la terminaison de l'accouchement. Cet instrument a, de plus, l'avantage de pouvoir être appliqué même dans la pratique ordinaire, lorsqu'on n'a pas besoin de réduire le volume de la tête.

Les obstacles opposés à l'accouchement par les parties de la génération sont principalement l'état squirrheux du col et quelques autres maladies, son oblitération, l'adhérence des parois vaginales entre elles, des brides plus ou moins fortes existant dans ce canal, les polypes, la membrane hymen, etc.

Assez souvent on a incisé le col de la matrice avec succès, lorsqu'il présentait une dureté, une résistance que les contractions utérines ne pouvaient surmonter. D'autres fois on a conclu que le col n'existait plus, parce qu'on ne l'a pas trouvé. Telle est l'observation si connue rapportée par *Lauverjat*. Le 18 août 1784, appelé auprès de la dame Pinard, qui était en travail, il fut fort surpris de rencontrer très-près de la vulve une tumeur lisse, volumineuse, ne présentant aucune ouverture pour la sortie de l'enfant dont il distinguait la tête à travers cette tumeur; un doigt fut introduit dans le rectum pour s'assurer si le col ne s'ouvrait point dans cet intestin, mais cela n'était point; alors en présence de plusieurs confrères qui tous furent du même avis, *Lauverjat* pratiqua l'opération césarienne vaginale, qui fut suivie d'un plein succès. L'enfant sortit à travers cette ouverture, dont la cicatrisation se fit graduellement. Deux mois après, ayant touché cette dame, il trouva le col et son orifice dans l'état naturel.

L'impossibilité dans laquelle furent ces accoucheurs d'atteindre le col de la matrice dépendait vraisemblablement d'une obliquité très-prononcée de cet organe.

Si un polype par son volume gênait ou arrêtait le passage de l'enfant, il faudrait en pratiquer l'extirpation avec l'instrument tranchant, comme dans les cas ordinaires, ainsi que l'a fait M. *Evrat*.

L'adhérence des parois du vagin, si elle est faible, sera détruite sans

peine, lorsque les contractions utérines pousseront la tête dans ce canal; si les adhérences étaient plus fortes, il conviendrait de les détruire par des incisions. Après l'accouchement on aurait soin de maintenir les parties écartées pour prévenir la reproduction de la maladie.

Existe-t-il des brides assez résistantes pour s'opposer à l'enfantement ou le retarder, on en opère la section comme l'a pratiquée une fois M. *Velpeau.*

Quant à l'hymen, il me semble que par sa structure, cette membrane est peu propre à résister aux contractions de la matrice. On rapporte néanmoins que des accoucheurs ont été obligés d'inciser cette membrane, qui, dit-on, barrait le passage à l'enfant et l'arrêtait pour ainsi dire aux portes de la vie. Serait-il indiscret de penser que dans ces cas l'obstacle dépendait de la résistance du périnée ou de toute autre cause bien plutôt que de la membrane hymen? Cependant, pour ne pas admettre la présence de l'hymen comme un obstacle invincible, je ne nie point qu'elle ne puisse être quelquefois assez résistante pour prolonger le travail; aussi ne balancerais-je point à en faire l'incision si le cas se présentait.

Il n'est pas certain qu'on ait jamais trouvé le col oblitéré pendant le travail.

Si les grandes ou les petites lèvres étaient agglutinées, certainement l'accouchement aurait lieu, mais pour prévenir les dilacérations de ces parties, il faudrait les séparer avec l'instrument tranchant.

Il est arrivé quelquefois que la matrice s'est rompue pendant le travail, mais je dois faire remarquer que plus d'une fois on a pris pour une rupture de ce viscère une rupture du vagin. Au surplus voici ce qu'il convient de faire en pareil cas. Si l'enfant est encore en totalité dans la matrice ou bien si, quoiqu'il soit déjà en partie dans la cavité abdominale, il est possible de le ramener dans

l'utérus, on doit en agir ainsi et l'attirer au dehors par les voies naturelles. Mais s'il a passé en entier dans l'abdomen ou en trop grande partie pour qu'on puisse le ramener dans la cavité utérine, on doit sur-le-champ pratiquer la gastrotomie, en incisant toujours sur le point des parois abdominales derrière lequel l'enfant fait saillie, et l'on se conduit ensuite à peu près comme dans la gastro-hystérotomie.

La présence d'un calcul volumineux dans la vessie pourrait non-seulement s'opposer à la sortie de l'enfant, mais encore occasioner des déchirures ou des contusions graves à la cloison vésico-vaginale. Si l'on arrive au commencement du travail, et qu'on puisse, à l'aide des doigts, maintenir le calcul au dessus du détroit supérieur, on doit se borner à cela. Est-on, au contraire, appelé trop tard, c'est-à-dire lorsque la pierre, entraînée par la tête, est descendue derrière les pubis, si on ne peut pas la refouler, il ne reste plus qu'à pratiquer la lithotomie vaginale, en incisant sur la pierre elle-même.

Je viens de passer en revue toutes les causes de dystocie provenant de la mère; je me suis spécialement arrêté aux plus importantes et aux indications pratiques qui en découlent, j'aborde maintenant celles qui sont dépendantes de l'enfant.

Présentations du tronc. Il est généralement reconnu aujourd'hui que l'enfant à terme ne peut pas franchir le bassin plié en double, comme l'on dit; que, par conséquent, toutes les fois qu'il présente le tronc, l'accouchement naturel devient impossible. Ces présentations ne sont pas très-rares; j'en ai observé plusieurs, tant à l'amphithéâtre qu'ailleurs. Dans ces cas, il est très-important de reconnaître de bonne heure quelle partie se présente, afin de pouvoir exécuter à propos les manœuvres que commandent ces positions.

Quelques auteurs ont divisé le tronc en une foule de régions, qui toutes pouvant se présenter au détroit supérieur ont singulièrement

multiplié le nombre des positions, sans aucun avantage pour le praticien, et au grand embarras de l'élève. Aussi a-t-on dit très-judicieusement qu'en étudiant le manuel d'après les principes de *Baudelocque*, quand on arrivait à la fin, on avait déjà oublié le commencement.

Dans le but de rendre l'étude et la pratique des accouchemens plus faciles, les modernes ont considéré au tronc quatre régions seulement, une antérieure, une postérieure et deux latérales. Ces régions sont susceptibles de se présenter au détroit supérieur chacune dans quatre positions.

Avant de passer outre, je dois faire remarquer que la conduite de l'accoucheur, sous le rapport des manœuvres à pratiquer dans les positions du tronc, variera suivant que l'une ou l'autre des extrémités de l'ovoïde sera assez rapprochée ou trop éloignée du centre du détroit supérieur pour qu'on puisse l'y ramener, suivant que le travail sera exempt ou compliqué d'accidens. Je m'expliquerai peut-être mieux par des exemples. Supposons une première position du côté droit de l'enfant sans accidens, quelle manœuvre convient-il de faire? Si la tête est assez près du centre du détroit supérieur pour qu'il soit possible de l'y ramener, elle est à gauche du bassin; par conséquent je dois me servir de la main droite. Après avoir introduit cette main dans les parties de la génération, je réunis les doigts en forme de crochet sur la partie la plus élevée de la tête; puis faisant un mouvement comme pour retirer la main au dehors, sans toutefois changer ses rapports avec la tête, celle-ci descend, et vient se placer convenablement au détroit supérieur. Je préfère ici l'emploi de la main à celui du levier, quoique j'admette volontiers qu'on puisse se servir aussi de cet instrument avec avantage.

Si, au contraire, l'extrémité pelvienne se trouvait très-rapprochée du centre du détroit abdominal, elle est à droite du bassin, je la ramènerais avec ma main gauche. Mais il peut arriver qu'on ne puisse ramener ni l'une ni l'autre des deux extrémités de l'ovoïde, alors il faut nécessairement aller saisir les pieds, et opérer la version de l'en-

fant. Pour cela, je longe le côté qui est en arrière, avec la main qui lui correspond ; ici, c'est le côté droit, j'introduis donc ma main droite. En parcourant le côté, j'arrive jusque sur les pieds, j'en saisis un, ou les deux en même temps, s'il est possible ; je les attire au dehors, en ayant bien soin que les membres se dégagent toujours dans l'adduction, et je termine en imitant le mécanisme de l'accouchement naturel par les pieds. Lorsqu'on ne peut saisir qu'un seul pied, après l'avoir attiré au dehors, on le fixe avec un lac, on va saisir l'autre, et l'on termine comme précédemment. S'il y a des accidens, il faut toujours opérer la version.

Prenons maintenant une première position du côté gauche. Ici, les indications et les manœuvres ne diffèrent en rien des précédentes, seulement pour opérer la version, on se servirait de la main gauche, parce que c'est le côté gauche de l'enfant qui est en arrière. Si nous parcourions successivement toutes les présentations du tronc, on verrait que les mêmes principes sont toujours applicables ; il suffit de se rappeler que toutes les fois que l'on veut opérer la version de l'enfant, il faut parcourir le côté qui est en arrière, avec la main qui correspond à ce côté, et que toutes les fois qu'on veut ramener l'une ou l'autre des extrémités de l'ovoïde, on doit se servir de la main opposée au côté de la mère auquel correspond cette extrémité.

Les positions des régions antérieure et postérieure se confondent entièrement, sous le rapport des manœuvres, avec celles des régions latérales. En effet, s'agit-il de ramener l'une des extrémités de l'ovoïde, la manière d'y procéder ne change point ; s'agit-il de faire une version, les mêmes principes sont encore applicables, car il y a toujours nécessairement un côté en arrière ; on longe ce côté avec la main droite, si c'est le côté droit ; avec la gauche, si c'est le côté gauche, etc.

Maladies du fœtus.

Hydrocéphalie. Comme toutes les fois que cette affection est portée au point de rendre l'accouchement impossible, la non viabilité de l'enfant est généralement admise, c'est toujours sur lui que l'on doit agir. Il est facile de reconnaître l'hydrocéphalie à l'évasement des fontanelles, dont la largeur peut être portée au point de surpasser celle du creux de la main, à l'état des sutures, qui sont quelquefois disposées de telle manière qu'il existe entre les os du crâne, un intervalle d'un travers de doigt et même de deux. En outre, la tête, qui est molle pendant l'absence des contractions utérines, se durcit au contraire pendant la douleur. Ce dernier phénomène, au rapport de *Baudelocque* en a imposé, de son temps, à une sage-femme, qui, croyant avoir affaire à la poche des eaux, essaya, mais en vain, de la rompre avec le doigt. Alors elle plongea dans cette prétendue poche la pointe de ses ciseaux, et donna issue à un liquide qu'elle prit pour les eaux de l'amnios ; après quoi la tête de l'enfant s'engagea, et bientôt la sage-femme reconnut sa méprise.

L'hydrocéphalie étant bien constatée, on peut se servir du perce-crâne, d'un bistouri ordinaire, ou d'un trois-quarts, que l'on plonge dans l'intervalle des os, principalement sur la suture sagitale, s'il est possible, pour évacuer le liquide. Après l'évacuation de celui-ci, si les contractions de la matrice sont insuffisantes pour terminer l'accouchement, on doit recourir au forceps ou bien aux crochets aigus. Quand on emploie le crochet, c'est toujours sur l'occiput qu'il doit être implanté, lorsque la tête se présente la première. Pour éviter que la pointe de l'instrument ne blesse les organes de la mère, son application doit être attentivement dirigée par quelques doigts. On veut même que le pouce de l'opérateur soit placé au-dessous de l'endroit où est implanté le crochet, pour le recevoir au besoin, s'il arrivait qu'il s'en détachât dans les efforts auxquels on se livre pour en-

traîner la tête. C'est à l'accoucheur à prendre en même temps les précautions convenables pour ne pas se blesser lui-même. Il dégage ensuite la tête et le tronc de l'enfant, en imitant le mécanisme de l'accouchement naturel, autant qu'il se peut. Lorsqu'au contraire, l'enfant étant sorti par les pieds, n'a plus que la tête dans les organes de la génération, on doit, pour évacuer le liquide, plonger un trois-quarts dans le grand trou occipital, ou au bas de la suture lambdoïde, et implanter le crochet sur la mâchoire supérieure, ou sur le front, pour dégager la tête.

Dans tous les cas, il convient, après la délivrance, de pratiquer des injections adoucissantes pour entraîner au dehors les débris du cerveau, qui auraient pu rester dans la matrice ou dans le vagin.

L'*hydrorachis* doit être bien rarement cause de dystocie; c'est seulement une maladie grave pour le fœtus. Au surplus, on viderait la tumeur en y enfonçant un trois-quarts, si cette opération paraissait nécessaire.

Bien rarement aussi a-t-on vu l'*ascite* et l'*hydrothorax* assez considérables pour s'opposer à l'accouchement. Si le cas se présentait, une ponction avec le bistouri ou le trois-quarts ferait cesser les accidens.

L'an dernier, j'ai observé à l'amphithéâtre un cas d'ascite chez un enfant que l'on avait été obligé d'extraire en pratiquant la version, non pas à cause de cette maladie, mais parce qu'il se présentait en travers. Cet enfant, comme il fut aisé de s'en convaincre, était déjà mort dans le sein de la mère, depuis plusieurs jours, lorsqu'il fut procédé à son extraction, qui fut d'ailleurs aussi simple et aussi facile que s'il n'avait point existé d'hydropisie. A la nécropsie, nous trouvâmes cependant un épanchement séreux dans le péritoine.

Certaines tumeurs plus ou moins solides ou volumineuses développées sur quelques parties du tronc, une difformité très-prononcée

de l'enfant pourraient s'opposer tout à fait à l'accouchement. M. *Nivert* rapporte un cas de ce dernier genre fort remarquable.

Monstruosités. Les monstruosités, qui ont été si bien décrites et si bien expliquées anatomiquement, ont été fort peu étudiées sous leurs rapports avec la tokologie. Je me propose seulement de parler des cas où il existe dans la matrice deux fœtus qui ont contracté entr'eux des adhérences telles, qu'ils sont pour ainsi dire forcés de se présenter en même temps aux détroits du bassin. Cette union de deux enfans peut offrir une foule de degrés et de nuances variables, depuis un simple accolement jusqu'à une véritable fusion d'organes. Supposons le cas de deux têtes pour un seul tronc, et faisons marcher le travail. Si les extrémités encéphaliques se présentent au détroit supérieur, il peut arriver que se plaçant l'une sur l'autre, celle qui s'engage la première, poussée en quelque sorte par celle qui est en dessus, franchisse le bassin sans beaucoup de difficulté, suivie par la seconde, de manière que l'accouchement n'offre rien de particulier. Si le monstre, au contraire, se présente par l'extrémité pelvienne, le tronc se dégage comme à l'ordinaire; quand les têtes sont arrivées au niveau du détroit supérieur, l'une d'elle, la postérieure, descend la première dans l'excavation, pendant que l'autre s'arrête au-dessus des pubis; enfin cette dernière plongeant à son tour dans le petit bassin, l'accouchement peut avoir lieu comme précédemment sans de grandes difficultés. Mais les têtes peuvent se présenter d'une manière tellement vicieuse, que l'accouchement naturel soit rendu physiquement impossible. Dans ce cas doit-on agir sur la femme ou bien sur l'enfant. M. *Velpeau* se prononce hardîment pour ce dernier procédé; je partage son opinion, quoique je n'ignore point que ces sortes de monstres puissent vivre même jusqu'à un âge assez avancé, comme le prouve entre autres l'exemple du monstre Siamois, âge de vingt-un ans environ, qui a été envoyé à Londres, où il reçoit en ce moment une éducation très-soignée.

De quelle manière devrait-on terminer l'accouchement quand les têtes se présentent vicieusement? Il faudrait opérer la version toutes les fois que cette manœuvre serait exécutable. D'après *Desormeaux* et beaucoup d'autres, cette opération suffira neuf fois sur dix au moins pour la terminaison de l'accouchement, s'il n'y a pas d'autres causes de dystocie. Toutefois, s'il était impossible de faire la version, on agirait d'abord sur la tête, qui serait le plus à portée des instrumens, en cherchant à la placer convenablement, si elle n'était pas ainsi, à diminuer son volume ou même à l'écraser; enfin, en dernière ressource, il ne resterait qu'à en opérer l'entier enlèvement; après cela, il faudrait opérer la version, comme cela a été pratiqué une fois par M. *Rétel.* Si les manœuvres nécessaires pour la mutilation de l'enfant paraissaient offrir pour la mère plus de dangers que l'opération césarienne, il est évident qu'il faudrait recourir à celle-ci.

Au mois d'octobre 1829, est arrivé à Paris un monstre bicéphale nommé Rita-Christina, âgé de huit mois, né en Sicile. Les parens de ce monstre étaient venus à Paris, si je ne me trompe, dans l'intention de l'exposer à la curiosité publique. Une ordonnance de M. le préfet de police leur en fit la défense. Christina était plus gaie, et plus robuste que Rita. Ce monstre succomba pendant les rigueurs de l'hiver. Rita mourut la première, et la pauvre Christina, qui venait de prendre le sein de sa nourrice, comme à l'ordinaire, s'éteignit presque aussitôt.

La mère de Rita-Christina, âgée de trente-deux ans, avait eu déjà huit enfans bien conformés. Enceinte pour la neuvième fois, sa grossesse parcourut toutes ses périodes sans offrir aucune particularité remarquable. Au terme de neuf mois, les douleurs de l'enfantement se firent sentir : Rita-Christina vint au monde. Dans le rapport du docteur *Demichelis*, il est dit que les deux têtes se présentèrent ensemble au détroit supérieur, et qu'elles le franchirent facilement l'une après l'autre : on laisse ignorer le reste. Si l'on en croit le père du monstre, la sage-femme se serait servie de lacs pour retenir